

## SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELECONTROLLO

Prot. \_\_\_\_\_

Al signor Sindaco

Del \_\_\_\_\_

del Comune di Caorle

(campi obbligatori)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità di:

(barrare la casella che interessa)

fruitore del servizio

di familiare del fruitore del servizio: (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_

### CHIEDE

La disattivazione del servizio di TELESOCORSO E TELECONTROLLO per il seguente motivo:

(barrare la casella che interessa)

Cambio assistenza

Decesso

Motivi economici

Non soddisfatto del servizio

Ricovero definitivo in struttura

Rinuncia al servizio (specificare il motivo) \_\_\_\_\_

Scadenza contratto

Senza linea telefonica fissa

Trasferimento

Variazione dei criteri comunali di contribuzione dell'utenza

### INFORMA

Che l'apparecchio potrà essere ritirato presso \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ (eventuali orari di reperibilità) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Caorle, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)